DE

L'HYMEN

DANS SES

RAPPORTS AVEC L'ACCOUCHEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 4 Décembre 1897, à 3 h. du soir

PAR

Henri JOB

Né à Lunéville, le 1er Septembre 1873.

Examinateurs :

MM. HERRGOTT, *Président.*
WEISS, professeur.
ZILGIEN, agrégé.
SCHUHL, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMEURS-ÉDITEURS
GÉRARDIN, NICOLLE ET BEUGNIES
NANCY-PARIS
1897

DE

L'HYMEN

DANS SES

RAPPORTS AVEC L'ACCOUCHEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Samedi 4 Décembre 1897, à 3 h. du soir

PAR

Henri JOB

Né à Lunéville, le 1er Septembre 1873.

Examinateurs : MM. HERRGOTT, *Président.*
WEISS, professeur
ZILGIEN, agrégé.
SCHUHL, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

IMPRIMEURS-ÉDITEURS
GÉRARDIN, NICOLLE ET BEUGNIES
NANCY-PARIS
1897

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O ❋, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ❋, I ✪.

HERRGOTT ❋, I ✪. HECHT ❋, I ✪, BEAUNIS ❋, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM, ❋, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, ❋, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. HEYDENREICH, I ✪, professeur.
Pathologie externe	M. WEISS, I ✪, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ✪, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ✪, agrégé libre, ch. du c.
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, A ✪, agr. libre, ch. du c.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, agrégé, ch. du c.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ZILGIEN.	MM. SCHUHL.
HAUSHALTER, A. ✪.	GUILLOZ, A ✪.	JACQUES.
FÉVRIER, A ✪.	FROELICH.	LAMBERT.
ETIENNE.		

AGRÉGÉS LIBRES : M. SCHLAGDENHAUFFEN, ❋, I ✪, ROHMER, I ✪, VAUTRIN, A ✪, REMY, A ✪, P. PARISOT, A ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS ❀, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

BIEN FAIBLE MARQUE DE MA PROFONDE AFFECTION ET RECONNAISSANCE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HERRGOTT

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE

A TOUS MES MAITRES DE LA FACULTÉ

INTRODUCTION

A partir du XVII[e] siècle, on trouve, dans les traités sur l'art des accouchements, des exemples, où l'hymen, considéré jusque là comme le « sceau de la virginité » a été un obstacle à la sortie du fœtus hors des voies génitales de la femme ; depuis, ces exemples se multiplient de jour en jour.

Aujourd'hui, certains accoucheurs veulent voir en l'hymen plus qu'un obstacle accidentel à la progression du fœtus, mais une cause constante de retard apporté chez les primipares à son expulsion, et qui ne cesserait qu'avec la rupture de cette membrane.

Enfin, la déchirure de l'hymen a été discutée, moins pour le fait lui-même que pour ses conséquences.

Il nous paraît intéressant de réunir dans une commune étude toutes ces questions unies par des liens si étroits et voici quel est le plan que nous nous proposons de suivre :

Avant d'étudier les rapports de l'hymen avec l'accouchement, nous rappellerons ce qu'il est chez la femme vierge, et ce qu'il devient lors de la fécondation. Ce sera l'objet des deux premiers chapitres de notre travail.

Dans un troisième, nous dirons le rôle si différent que les accoucheurs font jouer à l'hymen lors de l'expulsion du fœtus et ce que nos observations personnelles nous ont amené à penser de leurs théories.

Nous consacrerons un quatrième chapitre aux cas exceptionnels dans lesquels le rôle de l'hymen n'est pas normal.

Après l'avoir ainsi suivi pendant l'accouchement, nous étudierons dans un cinquième et dans un sixième chapitre les modifications qu'il a subies et leurs conséquences.

Enfin, nous verrons rapidement ce qu'est l'hymen après l'accouchement.

Nous ne pourrons prétendre ajouter quelque chose à ce qu'ont dit avant nous les maîtres en l'art des accouchements. Dans un aussi modeste travail, nous ne voulons que rassembler des idées émises un peu partout. Nous apportons quelques observations nouvelles et nous serions trop heureux de voir un jour les hypothèses, que nous nous sommes permis d'y joindre, mériter d'être prises en considération par ceux qui reprendront après nous la même étude.

C'est à la clinique de M. le Professeur A. Herrgott

qu'il nous a été permis de puiser les éléments de notre travail, à cette clinique où nous avons passé des moments si agréables que nous ne les oublierons jamais. Aussi, saisirons-nous avec bonheur cette occasion d'exprimer à ce maître vénéré notre profonde gratitude, pour toutes les bontés qu'il a eues pour nous, pendant la trop courte année où nous remplissions dans son service les fonctions d'externe. C'est l'irrésistible attrait de ses leçons qui a fait naître en nous, avec une admiration si légitime pour leur auteur, un goût sincère pour l'art obstétrical.

M. le Professeur Herrgott accepte aujourd'hui de présider le jury de notre thèse, nous ne pourrons le remercier assez du nouvel honneur qu'il nous fait.

Nous avons trouvé chez M. le Professeur Agrégé Schuhl un maître généreux qui ne nous a jamais ménagé ni ses bons conseils, ni son temps, si précieux. Nous voulons lui dire ici toute notre reconnaissance.

Nous manquerions à notre devoir si nous ne remerciions Messieurs les Professeurs Bernheim et Spillmann et M. le Professeur Heydenreich dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe. C'est à l'excellent enseignement de la médecine et de la chirurgie, qu'ils professent d'une façon si magistrale, que nous devons les quelques connaissances que nous avons pu acquérir. Nous garderons de leurs cliniques le meilleur souvenir.

MM. les Professeurs Gross et Weiss et MM. les Professeurs agrégés Rohmer et Etienne nous ont donné dans le cours de nos études des marques nombreuses de leur sollicitude ; nous les assurerons de notre respectueux attachement.

Nous ne terminerons pas sans dire tous nos remerciements à ceux qui nous ont prêté leur précieux concours.

Tout d'abord au Docteur Maleterre, chef de clinique à la Maternité, toujours prodigue de ses avis et de ses lumières. Nous lui savons gré de la sympathie qu'il nous a témoignée en nous donnant au cours de notre travail d'utiles indications.

Et merci à notre camarade Lahaussois, interne du service ; qu'il nous permette d'espérer que ces quelques années d'études communes marqueront le début d'une longue et solide amitié.

Merci enfin au personnel de la Maternité auprès duquel nous avons trouvé un si complaisant et bienveillant accueil.

CHAPITRE PREMIER

De l'hymen.

Si l'existence de l'hymen n'est plus contestée aujourd'hui, l'accord n'est pas encore fait sur son origine et sa valeur morphologique.

Pour les uns, avec M. Pozzi (1), l'hymen est une membrane propre, séparant chez la femme les organes génitaux internes des parties extérieures. Pour les autres, avec M. Budin (2), il n'est que la terminaison du vagin, faisant saillie sur la muqueuse vulvaire.

Obligé d'être bref, voyons rapidement, comment l'embryologie, l'anatomie et l'histologie s'accordent à faire admettre la seconde de ces deux théories comme vraie par la plupart des auteurs.

On sait que le vagin dérive des canaux de Müller, qui, partis des côtés du corps de Wolff viennent aboutir au sinus uro-génital. Que se passe-t-il à ce niveau ?

Au cours du troisième mois de la vie intra-

(1) Pozzi, *Aunales de Gynécologie*, 1884, p. 268.

(2) Budin, *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal* (Progrès médical, 1879).

utérine, la cloison qui sépare chez l'embryon l'allantoïde et le rectum se développe et vient diviser le cloaque en deux orifices, le sinus uro-génital et l'anus rectal ; elle-même présente, sur une coupe antéro-postérieure, la forme d'un éperon, ébauche du périnée.

A l'éperon périnéal viennent se surajouter deux bourgeons latéraux qui se forment plus bas et s'unissent entre eux et à lui pour donner une cloison complète. L'épithélium, qui tapisse l'éperon périnéal, est d'origine entodermique ; et celui qui revêt les bourgeons latéraux, c'est-à-dire la surface du périnée, est d'origine ectodermique.

Ce n'est qu'à la fin du quatrième mois que se fusionnent les parties les plus postérieures des canaux de Müller pour donner un canal unique, dont l'extrémité inférieure s'arrête derrière la paroi postérieure du sinus uro-génital. Au niveau de ce point, va se former une petite éminence, éminence de Müller, au sommet de laquelle, le canal de Müller s'ouvrira dans le sinus uro-génital ; les épitheliums des deux canaux se confondront.

Les différences sexuelles vont alors s'établir ; et l'éminence de Müller qui ne sera plus représentée chez l'homme que par le verumontanum, le sera, chez la femme, par la *membrane hymen*.

Par suite de son accroissement considérable, le canal génital, chez la femme adulte, paraîtra s'ouvrir directement à l'extérieur, et ainsi s'expli-

quent les erreurs d'interprétation qui ont été faites au sujet de son développement. Il n'en est pas ainsi en réalité, et, chez elle, la partie inférieure du sinus uro-génital comprise entre son orifice et l'abouchement des canaux de Müller est représentée par le vestibule du vagin.

L'hymen n'est donc que la terminaison du vagin dans le canal vulvaire.

C'est ce qu'avait déjà vu le Dr Ledru (1) : « Chez les fœtus féminins, le vagin est formé avant qu'il n'y ait aucune trace ni de grandes, ni de petites lèvres, et son extrémité est proéminente en avant du méat urinaire... Il est évident pour nous que cette extrémité saillante du vagin n'est autre chose que l'hymen. »

M. Budin a repris la question (2) et apporté en faveur de cette théorie de nombreux arguments qu'il résume ainsi :

« 1° La dissection du vagin, dont les parois sont parfaitement isolables et se terminent en avant par une partie hémisphérique perforée ;

« 2° La prolongation des colonnes et des brides de la muqueuse vaginale qui tapissent la face interne et arrivent jusqu'à l'orifice de l'hymen ;

« 3° L'examen histologique ;

« Tout concorde pour montrer que ce qu'on appelle l'hymen n'est autre chose que l'extrémité

(1) Ledru. *De l'hymen* (Thèse de Paris, 1855).

(2) Budin. *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal* (Progrès médical, 1879)

antérieure du canal vaginal doublée à l'extérieur par la muqueuse vulvaire. »

L'hymen, en tant que membrane propre, n'existe donc pas ; nous n'en conserverons pas moins le terme, synonyme d'orifice vaginal, et nous en donnerons rapidement la description anatomique.

Placé horizontalement quand la femme est debout, verticalement quand elle repose dans le décubitus dorsal, l'hymen se présente sous la forme d'une membrane tendue dans l'écartement des cuisses et plissée sur elle-même quand celles-ci sont rapprochées.

Sa face externe ou inférieure convexe, de coloration rose pâle, est lisse et répond aux petites lèvres qui s'appliquent sur elle. Sa face supérieure, plus foncée, est parcourue de saillies longitudinales et transversales, prolongement de celles des parois vaginales.

Le bord adhérent de l'hymen (base de l'hymen, pour certains auteurs) ne présente à sa partie interne aucune ligne de démarcation le séparant du vagin ; en dehors il est, au contraire, séparé des parties vulvaires par le sillon vulvo-hyménal.

Le bord libre de l'orifice présente de nombreuses variétés. Rarement uni, il est le plus souvent irrégulièrement festonné ou dentelé, quelquefois même divisé en franges multiples.

Sa forme, éminemment variable, fait décrire à l'hymen plusieurs types dont trois principaux :

1° Un type semi-lunaire, dans lequel l'hymen

revêt la forme d'un croissant à concavité antérieure.

2° Un type annulaire où il représente un diaphragme percé généralement d'un seul trou, parfois de plusieurs ou d'un grand nombre (hymen criblé).

3° Un type labié, dans lequel l'orifice, simple fente médiane, est limité par deux lèvres qui se rejoignent.

La résistance de la membrane présente les degrés les plus divers que n'explique pas toujours sa plus ou moins grande épaisseur. Quant à celle-ci, elle est en rapport direct avec sa constitution histologique.

MM. Ledru et Budin ont voulu retrouver dans l'orifice du vagin tous les éléments constitutifs de ses parois : fibres conjonctives et élastiques, fibres musculaires lisses, feuillets muqueux et jusqu'aux vaisseaux, continuation directe de ceux du vagin.

L'existence des éléments contractiles n'est pas admise par tous les histologistes, qui considèrent l'hymen comme un simple repli muqueux.

Ce repli est formé de deux feuillets entre lesquels s'interpose une couche de tissu conjonctif. Chacun de ces feuillets se compose comme toute muqueuse de deux couches : un chorion surmonté de nombreuses papilles, simples ou ramifiées, de forme conique que recouvre sur leur face libre un épithelium pavimenteux stratifié. Quant à la couche conjonctive, très riche en fibres élastiques,

elle varie de la forme la plus ténue, la plus délicate jusqu'à la plus épaisse, la plus solide et la plus résistante (1).

Comme dans le vagin, on ne rencontre pas au niveau de son orifice d'éléments glandulaires, et malgré la douleur qui semble accompagner le plus souvent sa déchirure, il n'est pas toujours facile d'y découvrir de terminaisons nerveuses.

L'hymen est parcouru par des vaisseaux de nombre et de volume variables, dont la rupture peut être cause d'accidents mortels. Mais c'est là une des anomalies fort nombreuses que peut présenter l'hymen. Nous n'en retiendrons que les principales :

L'imperforation complète dont les conséquences sont du domaine de la chirurgie ;

Son absence totale, niée par les uns, admise par les autres, et l'existence d'hymens multiples dont l'étude appartient à l'embryologie.

Quel est le rôle physiologique de l'hymen ?

A l'idée de l'hymen, membrane propre, indépendante, se rattachait celle d'une fonction qu'il était appelé à remplir.

Mauriceau admettait l'existence de caroncules myrtiformes, « servant à rendre l'entrée du col de la

(1) Rozé. *De l'hymen* (Thèse de Strasbourg, 1865, p. 12).

matrice plus étroite, pour empêcher que l'air froid ne la puisse incommoder, comme aussi pour augmenter le plaisir mutuel dans l'action du coït. »

Cette théorie, un peu fantaisiste, ne fut pas partagée, et ses contemporains, comme ceux qui vinrent après lui, considérèrent l'hymen comme le « sceau de la virginité », placé en la femme dans un but purement moral. Ce rôle explique peu sa présence chez les animaux ; d'autre part, comme l'a dit Dumas, « ce fameux capital des jeunes filles n'a pas toute l'importance qu'on lui a attribuée et beaucoup de femmes pourraient, sans qu'il y parut, en toucher les intérêts. »

Pour le docteur Roze, (1) l'hymen empêcherait chez le fœtus la pénétration du liquide amniotique jusqu'à l'utérus et chez l'enfant celle de l'urine. Le développement même de la membrane réfute cette explication.

Aujourd'hui, les physiologistes eux-mêmes ne disent rien de son utilité : le rôle de l'orifice hyménal n'est autre, en effet, que celui du vagin dont il est la terminaison.

Comme tel, il subira, pendant le coït des modifications que nous allons maintenant étudier.

(1) Roze. *Loc. cit.*, p. 24.

CHAPITRE II

De l'hymen dans ses rapports avec la fécondation.

Dès la plus haute antiquité, chez les Hébreux et les Egyptiens, et il y a quelques siècles encore, chez des nations plus voisines de la nôtre, on était accoutumé à présenter aux amis d'une famille, le lendemain de la noce, la chemise de la mariée teinte du sang de sa virginité ; et cette hémorrhagie en paraissait une preuve si nécessaire qu'on l'avait dénommée : « Fleur de la Virginité » (1). La coutume a disparu, mais la croyance est restée, et l'on admet généralement que l'hymen se rompt lors des premières approches sexuelles.

On s'explique qu'une membrane parfois si mince, que certains auteurs ont pu soutenir la possibilité de sa rupture par le simple écartement des jambes, ne puisse résister au choc plus ou moins violent du membre viril, et on admet aussi facilement que la division des vaisseaux qui s'y distribuent amène une hémorrhagie plus ou moins abondante. Pourtant il n'en est pas toujours ainsi.

(1) Mme Le Boursier du Coudray. *Abrégé de l'art des accouchements*, p. XXXX (Paris, 1759).

Nous consacrerons aux exceptions la seconde partie de ce chapitre.

Le membre viril a triomphé de l'obstacle et amené la déchirure de l'hymen. Celle-ci diffère suivant les cas et les différences s'expliquent par l'intervention de deux facteurs : l'agent de rupture, la propre constitution de l'hymen.

Le premier agit par son volume, par son impétuosité : Dans le coït, la verge présente nécessairement une rigidité suffisante pour être considérée comme un corps dur; son extrémité est mousse, arrondie ; son volume variable suivant les cas et sa force de pénétration, suivant les circonstances dans lesquelles ont lieu les rapports. La lésion produite par une verge peu volumineuse ou par une autre qui le serait plus, et qui agirait assez doucement pour permettre aux tissus de profiter de leur extensibilité, ne sera pas la même que celle qui existera à la suite d'un coït accompli avec violence et dans les conditions ordinaires de volume des organes génitaux.

De la forme primitive de l'hymen et de l'existence sur ses bords de plicatures vaginales dépendra le nombre de déchirures ; de son épaisseur et plus encore de la souplesse de ses tissus, l'étendue et l'importance qu'elles pourront avoir.

Souple, il laissera pénétrer dans son orifice une partie du membre viril, et s'il n'est assez dilatable pour le laisser passer tout entier, au moins se

contentera-t-il de quelques fissures limitées ou de quelques éraillures superficielles analogues à celles que présente parfois la fourchette vulvaire. Rigide, il résistera sans céder, et sa déchirure sera un véritable éclatement semblable en quelque sorte à celui d'un carreau, au milieu duquel on aurait lancé un caillou.

Le plus souvent, les déchirures s'étendent jusqu'à la circonférence externe de l'hymen. Leur nombre et leur situation varient. Unique, la déchirure est médiane et postérieure et détermine deux lambeaux symétriques. Double, elle se fait postérieurement aussi, à droite et à gauche, et forme trois lambeaux dont l'un médian est triangulaire. La première se rencontre dans le type labié ; la seconde dans celui où l'hymen représente un croissant dont les extrémités vont se perdre en avant. La membrane avait-elle primitivement la forme d'un diaphragme à orifice central, on trouvera quatre lambeaux, plus rarement cinq ou six. Enfin dans certains cas, où elle a présenté une rigidité tout à fait anormale, et à sa périphérie un point moins résistant, « elle a pu être détachée de ses insertions latérales et rester flottante à l'entrée du vagin sous la forme d'une membrane percée d'une ouverture à son centre » (Huguier).

Que devient l'hymen après sa rupture ?

Il ne tarde à devenir le siège d'une cicatrisation rapide suivie de changements importants. Si parfois « la trace et la voye du membre viril reste

aussi difficile à reconnaître en la femme que celle d'un aigle en l'air, d'une couleuvre sur une pierre ou d'un navire au milieu de la mer (1) », les modifications qui se produisent au niveau de l'hymen permettent le plus souvent d'affirmer l'absence de la virginité.

Les lambeaux formés par les déchirures subissent une légère rétraction et se présentent alors sous la forme de petites éminences charnues, de tubercules rougeâtres, de consistance plus ou moins ferme et en nombre indéterminé (2 à 5). On leur avait donné de tout temps le nom de caroncules myrtiformes que le Docteur Roze (2), après Devilliers, a voulu remplacer par celui de caroncules hyménales. Depuis les travaux de Schrœder et l'étude qu'en a fait M. Budin, on ne leur accorde ce nom qu'après l'accouchement, quand la distension prolongée qu'ils subissent alors les a réduits à l'état de débris cicatriciels.

Avant le passage du fœtus, on peut toujours reconstituer l'hymen ; « quelque nombreuses que soient ses déchirures, il y a toujours un rapport entre les divers lambeaux, il n'y a jamais d'espace entre eux ; on voit seulement une fissure, et jamais les traces de l'hymen n'ont disparu. » [Schrœder] (3).

(1) Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*, p. 35.
(2) Roze. *In loc. cit.*
(3) Schrœder. *Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.*

Plus naturelle encore est la persistance de l'hymen jusqu'à l'accouchement dans les conditions où il a permis sans se rompre l'intromission du membre viril.

M. Budin (1) a étudié suivant quel mode se faisait la pénétration :

Ou bien elle a lieu après dilatation rapide et facile de l'orifice vaginal. Les rapports ne sont nullement douloureux et ne s'accompagnent pas d'hémorrhagie : c'est alors que les amants ou les maris, malheureux de ne pas rencontrer d'obstacle, mettent en doute la virginité de leur maîtresse ou de leur femme, comme il est arrivé bien souvent.

Ou bien elle ne se fait qu'après dilatation lente, difficile et progressive. Il n'y a pas non plus d'écoulement sanguin ; le coït ne devient complet qu'après des semaines ou des mois pendant lesquels il peut être pour la femme un véritable supplice.

Plusieurs raisons peuvent être invoquées pour expliquer ce défaut de rupture de l'hymen parmi lesquelles nous citerons : la petitesse des organes génitaux de l'homme, l'âge de la femme, l'influence de la menstruation.

La verge peut en effet présenter, même chez l'adulte, une extrême gracilité et une très petite ouverture est nécessaire à son passage (2).

(1) *Loc. cit.*
(2) Herrgott. *Annales de gynécologie*, 1877, p. 449.

De la persistance de l'hymen à la suite des viols accomplis sur toutes les jeunes filles, alors même que l'orifice vulvaire s'est laissé franchir, on a conclu à sa plus grande résistance chez elles que chez l'adulte. Ce fait s'explique par l'influence de la menstruation sur le ramollissement de l'hymen.

Cette action serait si grande que pour Riolan, l'hymen, « extraordinairement abreuvé par la quantité excessive des mois, pourrait se rompre de lui-même en la même sorte que les cordes d'un luth se rompent en un temps pluvieux ». A chaque époque menstruelle, il permettrait l'introduction du membre viril, comme Séverin Pineau en a cité deux exemples : « Deux hommes judicieux ayant épousé deux filles de pudicité notable, dans la circonstance où l'hymen permet à une fille le plaisir sans défloration, furent sur le point de quitter leurs femmes ; mais les choses ayant changé de face, ils eurent grand travail à rentrer dans une carrière qu'ils avaient parcourue d'abord avec tant de facilité, et ils reconnurent l'injustice de leurs soupçons. » Sans aller si loin, il est naturel d'admettre que la menstruation peut amener au niveau du vagin des modifications analogues en quelque sorte à celles qui s'y produisent pendant la grossesse.

Dans certains cas, le coït paraît normal, l'introduction du membre viril est complète et pourtant l'hymen n'est pas traversé par lui. Il se laisse

refouler, et sous l'influence des rapports répétés, il se produit une dilatation infundibuliforme au fond de laquelle l'hymen forme un bourrelet saillant (1).

Enfin, la fécondation peut avoir lieu sans que la verge ne pénètre dans les organes génitaux de la femme.

« Beaucoup de personnes s'imaginent qu'une femme ne peut concevoir sans souffrir l'introduction du membre viril ; moi, j'ai vu plusieurs filles, qui, abusées de cette fausse opinion, croyant seulement badiner avec des garçons dont elles étaient amoureuses, en ont été engrossées, à leur grand étonnement, quoiqu'elles ne leur eussent permis aucune introduction effective de leur membre viril, » écrit déjà Mauriceau (2). M. le Professeur A. Herrgott a cité un fait analogue observé par le Professeur G. Braun (de Vienne) (3).

Plus fréquemment, la tentative de coït a lieu et la résistance de l'hymen est le véritable obstacle à l'union conjugale ; tel le cas d'une femme, qui devint enceinte au moment où son mari demandait le divorce, le coït étant impossible (F. de Hilden).

Exceptionnellement, les rapports ont pu se faire

(1) Jarimond. *Gazette des Hôpitaux* (Année 1874) p. 997.

(2) Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses*. Paris 1738.

(3) Herrgott. *Loc. cit.*, p. 446.

et la conception avoir lieu par la création ou la coïncidence d'une fistule recto-vaginale (1).

Enfin, l'hymen reste assez souvent intact quand la douleur du vaginisme ne permet pas aux rapports d'être complets.

En résumé, l'hymen, plus ou moins modifié, existe toujours lors d'un premier accouchement.

(1) Orfila. *Médecine légale*, tome III.

CHAPITRE III

Du rôle de l'hymen dans l'accouchement.

C'est dans les différences qui distinguent l'accouchement d'une primipare avec celui d'une femme qui a déjà eu un ou plusieurs enfants qu'il est naturel de rechercher le rôle de l'hymen lors de l'expulsion du fœtus. Chez la première, la dernière période du travail surtout est notablement plus longue que chez la seconde ; c'est aussi à ce moment que peut intervenir l'action de l'hymen. Examinons comment les choses se passent :

La dilatation de l'orifice utérin est complète ; la tête bien fléchie appuie sur le périnée ; la rotation est faite, les contractions sont régulières, avant que la tête ne franchisse l'orifice vulvaire, il va s'écouler une heure, une heure et demie. « On voit, pendant la contraction, la tête appuyer sur le plancher périnéal et la vulve s'entr'ouvrir, puis la tête retrocède, à une nouvelle contraction la tête entr'ouvre de nouveau la vulve, se retire et ainsi de suite pendant un temps assez long ; cette période avait été appelée par une sage-femme, qui avait assisté à beaucoup de naissances, « la période de désespoir. » A chaque instant, en effet, la vulve

s'entr'ouvrant, on peut croire que l'expulsion va avoir lieu, mais la tête s'arrête et bientôt recule. Enfin, à un certain moment, l'extrémité céphalique apparaît recouverte de sang ; le plus souvent il n'y a qu'une tache plus ou moins large, mais quelquefois des caillots sont chassés par la tête.... A ce moment, l'accoucheur doit reprendre espoir ; en effet, la tête, au lieu d'entr'ouvrir seulement la vulve, va la dilater considérablement, elle ne rétrocédera plus, et après deux ou trois contractions, elle sera en général expulsée. [Budin] (1).

Il existe donc un obstacle s'opposant à la sortie rapide du fœtus hors du canal génital. Mais quel est cet obstacle ?

Peut-il être constitué par l'hymen ?

On a voulu trouver du côté de l'œuf lui-même la cause du mouvement de progression et de recul de la tête fœtale. Il n'en est rien, et sauf des cas exceptionnels où une brièveté trop grande du cordon peut rendre l'accouchement plus difficile, la raison de ce phénomène doit être cherchée dans les organes génitaux de la mère.

Disons de suite que si certains auteurs l'ont placée dans la résistance de la partie inférieure du vagin plus resserrée que la partie supérieure, et d'autres, plus nombreux, dans l'orifice vulvaire, où le plan musculaire superficiel de périnée, dont l'effet est parfois très réel, c'est surtout au niveau

(1) Budin. *Obstétrique et gynécologie* (Paris, 1886), p. 282.

du détroit inférieur du bassin que la plupart devaient faire siéger l'obstacle à la progression rapide de la tête.

Déjà les anciens accoucheurs ne connaissaient, l'orifice utérin franchi, d'autres obstacles à l'accouchement que ceux qui siègent à « la sortie du bassin. »

En 1738, Mauriceau (1) écrivait : « Le plus grand empêchement ne procède pas des parties charnues extérieures, mais seulement des parties intérieures, et principalement de l'articulation du coccyx. Sennert, Amand, Peu, Deventer, Smellie, Rœderer sont d'accord sur ce point que « non seulement le coccyx cause la difficulté de l'accouchement quand des ligaments sont trop raides, mais la mort de la mère et de l'enfant. »

Levret (2), et avec lui de nombreux classiques plus modernes, devait nier cette théorie : « en dehors des cas d'ankylose, le coccyx n'est en aucune façon la cause du retardement de la sortie de la tête de l'enfant à terme et vivant. »

Cette cause, il fallait la chercher ailleurs, on l'a trouvée dans la boutonnière musculaire du plancher périnéal.

« Lorsque, disent, Tarnier et Chantreuil (3), la partie fœtale qui se présente s'engage dans l'aire

(1) Mauriceau. *Observations sur la grossesse, etc.*, t. II, p. 1. Paris, 1738.

(2) Levret. *L'Art des accouchements*, p. 4. Paris, 1766.

(3) Tarnier et Chantreuil. *Traité d'accouchements*, p. 610.

du détroit inférieur du bassin, elle rencontre, avant d'arriver au dehors, une résistance provenant des parties molles qui ferment ce détroit. Elle refoule le coccyx en arrière, agrandit par conséquent le diamètre coccy-pubien, déprime et pousse devant elle le prolongement charnu du canal pelvien, et le transforme en une gouttière dont la concavité regarde en avant et en haut. »

Pour M. Bonnaire (1), aussi « par sa tonicité, le muscle releveur de l'anus est l'agent principal des mouvements de va et vient qu'exécute la tête fœtale au cours de l'ampliation du périnée. Une fois la boutonnière franchie, la tête fœtale cesse de rétrocéder entre les efforts d'expulsion. »

Enfin, M. Varnier (2), dans sa thèse pour le doctorat, démontre que le véritable obstacle à la progression de la tête et la grosse difficulté anatomiquement et cliniquement appréciable est le passage du diamètre sous-occipito frontal au niveau du détroit inférieur et que la tête ne cesse de rentrer que quand le front a passé la pointe du coccyx.

Telle est l'opinion de presque tous les accoucheurs, mais telle n'est pas celle de M. Budin (3):

« C'est la résistance de l'orifice vaginal (orifice « hyménial, qui, chez les primipares) rend si longue

(1) Bonnaire. *Du périnée obstétrical.* Paris, 1891, p. 15.

(2) Vernier. *Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical.* Thèse de Paris, 1888.

(3) *Loco citato*, p. 285.

« la période d'expulsion ; on peut dire que chez « elles, la tête doit franchir successivement trois « orifices : l'orifice utérin, l'orifice vaginal, l'ori- « fice vulvaire, et la résistance offerte par l'orifice « vaginal n'est pas la moins considérable. »

Ainsi, pour les uns, le véritable obstacle à la progression du fœtus siège au niveau du détroit inférieur ; pour les autres, il doit être cherché dans la résistance de l'orifice vaginal.

Voilà deux théories bien différentes. Ce n'est pas à nous qu'il appartient de réfuter ni l'une, ni l'autre ; disons seulement les raisons qui nous font choisir la première, et comment ces mêmes raisons nous paraissent expliquer les idées émises par M. Budin.

Deux faits que l'on observe, pendant l'accouchement, sont la base de son raisonnement : 1° l'impossibilité qui existe d'introduire l'extrémité du doigt entre les bords de l'hymen et la tête fœtale.

2° L'hémorrhagie, symptôme de la déchirure hyménale, qui marque le moment où l'obstacle a disparu.

C'est bien ainsi que les choses nous paraissent se passer : la tête appuie sur l'orifice vaginal, l'introduction du doigt est impossible ; la tête ne progressera que quand l'hymen se sera rompu. Mais si, pendant ce temps, on pratique le toucher rectal, on s'aperçoit que le front n'a pas passé le coccyx et que la victoire de la tête fœtale sur la boutonnière musculaire va immédiatement précéder la déchirure de l'hymen.

C'est qu'en effet, tandis que les grandes circonférences de la tête sont encore arrêtées au niveau du détroit inférieur, d'autres, plus petites qu'elles, ont déjà franchi ce détroit, et pressant sur l'orifice vaginal pendant la contraction, elles empêchent la pénétration du doigt. Toutefois, cette pression n'est pas encore assez énergique pour amener la déchirure de la membrane, qui ne se fera qu'avec la descente de la tête. Le moment où la tête progresse, coïncidant ainsi avec celui de la rupture de l'hymen, permettrait de conclure qu'en celui-ci siégeait l'obstacle à sa progression, ce qui n'est pas.

OBSERVATION I (PERSONNELLE)

Clinique d'accouchements (année 1897, n° 464).

Marie L... 22 ans, primipare.

Entre à la Maternité le 15 novembre, à 10 heures du matin. Le fœtus se présente en OIDP. La tête est engagée. A 4 heures du soir, la dilatation du col se complète. On rompt les membranes.

Les contractions se succèdent, régulières ; la tête apparaît, pour redisparaître dans leur intervalle.

4 h. 30. — La vulve reste entr'ouverte, la bosse sanguine fait relief au dehors. L'hymen se présente sous la forme d'un cercle complet, à bords réguliers, intacts.

A la contraction suivante, la tête progresse. L'hymen reste intact ; l'introduction du doigt est impossible. Le

périnée bombe notablement, les grandes circonférences de la tête sollicitent leur passage au niveau du coccyx.

4 h. 35. — Même état du côté de la vulve. — La circonférence sous-occipito-bregmatique franchit le détroit inférieur.

4 h. 38. — Le front passe le coccyx. On presse sur la tête pour éviter sa sortie.

La contraction terminée, on laisse se faire la déflexion, et les efforts de la femme aidant, on extrait un garçon qui pèse 3,200 grammes.

Après la délivrance qui a été normale, on examine l'orifice vaginal, que l'on trouve déchiré. Les déchirures sont peu profondes et toutes limitées à son étendue.

La pression exercée sur l'hymen par les circonférences de la tête, plus petites que la circonférence sous-occipito-bregmatique, peut d'ailleurs être suffisante, pour amener la rupture de cette membrane ; l'hémorrhagie qui l'accompagne se montre au dehors, mais le front n'ayant pas passé le coccyx, la tête continue à se retirer dans l'intervalle des contractions.

OBSERVATION II

Clinique d'accouchements (année 1897, n° 448)

Mathilde L..., 19 ans. — Primipare.

Entre à la maternité le 5 novembre 1897, à 4 heures du soir. Le fœtus se présente en OIGP ; le travail commence.

Le lendemain, 6 novembre, à 10 heures 40 minutes

du soir, la tête franchit le col. La femme commence à pousser.

11 h. 5. — Rupture de l'hymen à la partie inféro-latérale droite, écoulement de sang, la tête rentre encore, le coccyx n'est pas franchi. — La rupture de l'hymen n'anticipe que très peu sur la vulve, et très peu sur le vagin, et c'est la base de l'hymen qui saigne.

11 h. 10. — Nouvelle contraction, à la suite de laquelle la tête recule encore. — Même état de l'hymen.

11 h. 14. — Nouvelle contraction et nouvelle déchirure de l'hymen à une hauteur du côté gauche ; agrandissement de la première déchirure du périnée. — La tête rentre.

11 h. 16. — Le front passe le coccyx.

11 h. 20. — Expulsion d'un fœtus de 3,175 grammes.

Les déchirures de l'hymen sont restées ce qu'elles étaient avant le passage de la circonférence sous-occipito-frontale au détroit inférieur.

La déchirure gauche intéresse légèrement la petite lèvre dans la région médiane, et se prolonge un peu en arrière dans le vagin.

OBSERVATION III (PERSONNELLE)

Clinique d'accouchements (année 1897, n° 461)

Marie B..., 21 ans, lingère. – Primipare.

Entre à la maternité le 14 novembre. — Le travail est commencé. — La tête engagée en OIGA.

6 h. 50. — La dilatation est complète, la poche des eaux est rompue. — La malade pousse.

7 h. 30. — Écoulement sanguin le long de la petite lèvre gauche et la commissure postérieure. La tête dis-

paraît après la contraction. — L'hymen présente deux déchirures peu profondes en arrière et à gauche.

7 h. 37. — Contraction pendant laquelle on se rend compte de la résistance du coccyx. — Les grands diamètres de la tête sont encore au-dessus du plan coccy-sous-pubien.

A 8 heures, la tête rentre encore après la contraction.

8 h. 6. — En pratiquant le toucher rectal, au moment où l'effort expulsif commence, on sent la région bregmatique faire au niveau du coccyx une pression considérable et le franchir. En avant, la tête appuie fortement sur l'orifice vaginal et tamponne ses déchirures.

8 h. 10. — Le diamètre sous-occipito-frontal franchit le détroit. — La tête reste immobile après la contraction.

8 h. 12. — La femme pousse et l'expulsion d'un garçon de 3,330 grammes a lieu aussitôt.

Il ne s'est pas produit de nouvelles déchirures de l'hymen. — L'éraillure postérieure ne s'est pas étendue. — A gauche, la déchirure s'étend de deux centimètres en arrière sur le vagin et de deux centimètres en avant sur la muqueuse vulvaire.

Il existe en haut et à droite une déchirure de la petite lèvre indépendante de celles de l'hymen.

La période d'expulsion peut être excessivement courte. Il suffit de quelques contractions pour amener la sortie du fœtus. La boutonnière musculaire n'offre aucune résistance, les grandes circonférences de la tête fœtale passent d'un seul coup au niveau du coccyx et ce n'est qu'après l'accouchement que l'on trouve déchiré l'hymen resté intact jusqu'au dernier moment.

OBSERVATION IV

Clinique d'accouchements (année 1887, n° 441).

Sophie K..., 23 ans, primipare.

Entre à la Maternité, le 4 novembre, à 10 heures du matin. La tête est engagée en OIDP. Le col effacé, dilaté comme une paume de main.

A 11 heures et demie, la dilatation se complète, les membranes se rompent spontanément.

Surviennent deux contractions à la suite desquelles la tête disparaît ; l'hymen est intact, le coccyx n'est pas franchi.

11 h. 40. — Contraction énergique ; expulsion d'un garçon de 3,715 grammes.

Au moment du passage des épaules, il se produit une petite déchirure du périnée.

Après la délivrance, on trouve une déchirure de l'hymen à sa partie postérieure dans le prolongement de celle du périnée. Il en existe une autre se prolongeant légèrement sur la petite lèvre droite.

De tels exemples ne sont pas rares et l'on peut dire que, dans les cas où le détroit inférieur n'offre pas de résistance au passage de la tête fœtale, l'hymen n'est pas capable à lui seul de constituer l'obstacle.

Ces faits et l'existence indiscutable de « période de désespoir » chez les pluripares, s'accordent donc à diminuer l'importance du rôle que M. Budin veut faire jouer à l'hymen dans le « retardement »

de la tête. Lorsque celle-ci est hors des os (*out of the bones*) (1), il suffit de quelques minutes et de deux ou trois contractions, au maximum pour lui faire franchir l'orifice vaginal et l'orifice vulvaire, et la résistance du premier se réduit en général à peu de chose.

(1) J. M. Duncan. *Sur le mécanisme de l'accouchement.* Traduction française. Paris, 1876, p. 465.

CHAPITRE IV

De l'hymen, cause de dystocie.

Mais, si la présence de l'hymen ou de ses débris n'apporte pas nécessairement un retard même fort limité à l'expulsion du fœtus. il est des cas où, resté intact, il devient pendant un temps plus ou moins long une véritable cause de dystocie.

C'est un de ces cas que M. Budin nous semble avoir pris, comme exemple, pour démontrer ce qu'il considère comme la règle et que nous ne croyons être que l'exception.

OBSERVATION V

BUDIN (1)

Marie L... 19 ans. Premiers rapports à 17 ans, sans perte de sang.

Orifice vaginal intact, très dilatable avec les doigts. La tête franchit l'orifice utérin, entr'ouvre la vulve. L'orifice hyménal intact forme une ellipse complète. Sous l'action

(1) BUDIN. *Recherches sur l'hymen et l'orifice vaginal.* Paris 1879, p. 22.

de nouvelles douleurs, la tête descend davantage et amène une dilatation un peu plus grande de l'orifice vaginal. Si on glissait un doigt entre la tête et l'orifice vulvaire, les bords de cet orifice étaient souples et se laissaient facilement distendre, tandis que le doigt introduit entre la tête et l'orifice vaginal permettait de constater la résistance de ce dernier, dont les bords tendus formaient une bride à bords tranchants.

Au bout d'un certain temps, la dilatation de l'orifice vaginal fut si considérable qu'il mesurait 9 centimètres de diamètre vertical ou antéro-postérieur. Lorsque pendant la contraction, on écartait les petites lèvres, les bords latéraux étaient beaucoup moins apparents, mais la partie inférieure de l'orifice vaginal, orifice hyménal, était entraînée en avant et formait un croissant blanchâtre très résistant. Après chaque contraction, la tête reculait et la vulve se fermait plus ou moins complètement. Lorsqu'enfin la tête apparut recouverte de sang, on attendit que la douleur fut passée et on la refoula dans la profondeur du vagin.

On vit alors que l'orifice vaginal s'était éraillé, déchiré d'un côté, du côté droit. Puis une nouvelle douleur fit saillir davantage la tête. Après cette contraction il fut facile de constater que l'orifice vaginal s'était dilaté du côté opposé. A la contraction suivante, ce fut l'orifice vulvaire qui résista à la puissance utérine, mais alors un segment considérable de la tête apparut, le cercle vulvaire ainsi formé contrasta singulièrement par ses dimensions avec le cercle vaginal qu'on avait jusqu'alors observé. Enfin une nouvelle contraction amena la sortie de la tête.

Après l'accouchement, on vit sur l'orifice vaginal les traces de deux déchirures latérales et il s'était produit une troisième déchirure en arrière, vers la ligne médiane, déchirure qui s'étendait sur la muqueuse vulvaire de la fosse naviculaire.

Baudelocque (1) rapporte un exemple dans lequel l'hymen, avant de se rompre, soutint seul pendant une demi-heure tous les efforts possibles des derniers temps de l'accouchement.

D'autres fois, l'hymen est plus résistant encore, et il n'est pas permis à l'accoucheur d'attendre sa rupture spontanée.

OBSERVATION VI (RÉSUMÉE)

CHARPENTIER (2)

Primipare. Présentation du sommet.

La vulve est divisée en deux conduits par une bride d'un demi-centimètre d'épaisseur et d'un centimètre de largeur.

Sous l'influence des contractions, la tête descendit, vint s'appliquer sur l'orifice vulvaire. Mais là, elle se trouva arrêtée par cette bride, qui, à chaque effort d'expulsion, se tendait au-devant de la tête comme un véritable ruban qui s'allongeait, mais ne cédait pas. Dans un dernier effort, la tête se fixa à la vulve, mais là, elle fut retenue par cette bride, qui s'allongea assez pour laisser sortir en partie la tête, mais ne se rompit pas. On laissa la tête faire ainsi effort pour se dégager pendant trois ou quatre contractions. Mais en présence de la résistance opposée par la bride qui déprimait les tissus crâniens et y traçait

(1) BAUDELOCQUE. *Traité de l'art des accouchements*. Paris, 1796.
(2) CHARPENTIER. *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, p. 2.

un sillon sans se rompre, on fit à l'aide de ciseaux, la section de la bride en haut et en bas, dans l'intervalle de deux contractions, et la tête se dégagea spontanément lors de la prochaine contraction. L'enfant naquit vivant.

Suites de couches normales.

A quoi peut-on attribuer cette résistance anormale que présente parfois l'hymen ?

L'étroitesse de son orifice ne semble pas augmenter la difficulté de sa dilatation. Il est des cas où, réduit à la suite des rapports sexuels à l'état d'un simple bourrelet circulaire, l'orifice vaginal a pu retenir pendant longtemps la tête fœtale à la vulve, tandis que dans d'autres, à peine perforé, il n'a constitué aucun obstacle à la sortie du fœtus.

OBSERVATION VII

Roze (1).

Chr. W. de Gertingen (Wurtemberg), à Strasbourg depuis dix mois, âgée de 25 ans, délicatement constituée, lymphatique sanguine, taille au-dessous de la moyenne, n'a été menstruée qu'à 23 ans, après avoir été maladive, chlorotique et avoir eu des hémorrhagies pulmonaires.

L'orifice vaginal est libre et entouré d'un cercle membraneux, faisant saillie en avant de la vulve, cercle d'environ un centimètre de largeur, dentelé à son bord libre,

(1) Roze. *Loc. cit.*, p. 38.

mais parfaitement entier, l'hymen complet, intact, saillant comme chez l'enfant qui vient de naître.

9 h. 15. — La tête est derrière la vulve. (Première position.)

9 h. 25. — La tête reste visible à la vulve qui se distend considérablement pendant les contractions, l'hymen est encore entier et s'applique sur la tête de l'enfant.

9 h. 30. — L'hymen se rompt, la tête se dégage.

Enfant du sexe masculin, bien constitué, donnant presque immédiatement signe de vie.

Ce n'est pas en effet dans sa largeur, mais dans le défaut de souplesse de ses tissus qu'il faut chercher la cause de la résistance de l'hymen.

En général, l'hymen, terminaison du vagin, participe aux modifications qu'amènent la grossesse et le travail de l'accouchement dans les organes génitaux de la femme, et présente, par conséquent, un degré extrême de ramollissement qui lui permettra de se distendre. Que ces modifications n'aient pas lieu ou qu'il existe d'autres altérations pathologiques et l'hymen présentera une rigidité anormale.

Analogue à celle que présente parfois le col utérin, nous considérerons cette rigidité comme anatomique, quand, seul, un défaut d'extensibilité naturelle pourra l'expliquer.

Pathologique, elle reconnaîtra pour cause toutes les affections qui peuvent modifier la texture de l'hymen. La syphilis, soit que l'accident primitif ait siégé à ce niveau, soit par la sclérose généralisée

qu'elle provoque, en est la plus fréquente, les autres affections d'origine inflammatoire ou traumatique, causes habituelles des altérations du col étant ordinairement le résultat d'accouchements antérieurs, n'existant pas chez les primipares.

Peut-être l'âge avancé de la parturiente a-t-il aussi ici un certain rôle, les tissus diminuant de souplesse avec lui, et, suivant l'expression de Pajot, « devenant coriaces chez les primipares âgées ».

OBSERVATION VIII

Edvin T. Ensor (1).

La malade était une femme d'environ 42 ans, mariée depuis dix mois. Son mari, jusque-là célibataire, était un homme très corpulent, ayant environ 45 ans. A l'examen, je reconnus l'existence d'un hymen parfait qui admettait le passage de l'index sans difficulté, mais pas du premier et du second doigt sans risquer de rupture. La présentation était normale, la tête étant en avant, les membranes étaient intactes.

L'accouchement fut très lent. Quand la dilatation fut complète, je rompis les membranes, et douze heures plus tard je délivrai la malade chloroformée par le docteur B.., L'hymen fut brisé dans l'application de forceps, mais il n'y eut pas de déchirures périnéales et l'enfant, une fille bien développée, était vivant. La durée totale de l'accouchement fut de 45 heures. La mère et l'enfant se portent bien.

(1) *The Lancet*. Année 1895, p. 787.

Quelles que soient ses causes, une trop grande résistance de l'hymen peut avoir des conséquences assez fâcheuses pour exiger de l'accoucheur :

La possibilité d'un diagnostic ;

La connaissance de ces conséquences et de leur valeur pronostique ;

La nécessité d'une intervention souvent utile.

Diagnostic. — La tête fœtale exécute ce mouvement de propulsion et de recul que nous avons décrit ; quelle part peut-on attribuer à l'hymen dans sa production ?

On commencera par se rendre compte de l'action des autres causes qui peuvent intervenir : le toucher rectal renseignera sur le retrait du coccyx et par conséquent sur le releveur de l'anus ; l'inspection et le toucher vaginal sur celles des parties molles et de l'orifice vulvaire.

L'on procédera alors à l'examen de l'hymen lui-même.

Parfois on voit apparaître, entre les petites lèvres, un disque plus ou moins épais dont la surface, tout au moins, semble formée par une muqueuse. Ce disque est complet (Observation V) ou manque sur une partie de son étendue, se réduisant à un simple croissant dont la grande circonférence émerge de la partie postérieure de la vulve (Observation XV).

D'autres fois, la tête pousse devant elle une frange mince et irrégulière de muqueuse qui vient faire hernie en bordure de la fourchette disten-

due. Cette frange peut être constituée soit par l'hymen, soit par la muqueuse de la fosse naviculaire décollée et refoulée en avant ; mais dans ce cas la différenciation est peu importante, d'autant que la déchirure de l'hymen précède généralement ces déchirures de la fosse naviculaire.

Plus fréquents sont les accouchements dans lesquels aucun diaphragme n'est visible à l'extérieur. On cherche alors, à l'aide d'un doigt introduit dans les parties génitales entre deux contractions, à atteindre le bord de l'hymen. Cette exploration souvent difficile, parfois dangereuse, ne donne pas grand résultat ; il est préférable d'attendre la propulsion de la tête et d'essayer alors de faire pénétrer le doigt ou quelque objet moins volumineux entre la tête et l'orifice vaginal ; l'impossibilité de ce faire sera la meilleure preuve de la résistance de l'hymen.

Lorsqu'après quelques contractions, la tête ne se retire plus du terrain qu'elle a gagné, et qu'un filet de sang s'écoule hors des parties génitales avec les caractères que nous lui avons indiqués, le diagnostic s'impose ; la résistance de l'hymen est vaincue, l'écoulement sanguin ne pouvant à ce moment-là avoir d'autre origine que sa déchirure.

De toutes les conséquences que peut amener la trop grande résistance de l'hymen, il en est une de beaucoup la plus fréquente : le retard apporté à la sortie du produit de conception. Ce retard peut retentir et sur le fœtus et sur la mère.

Il menace la vitalité du fœtus, surtout si des contractions fortes et prolongées gênent d'une façon trop soutenue la circulation inter-utéro-placentaire.

Il porte préjudice à l'état général de la mère par les fatigues d'un travail trop long et prédispose l'utérus surmené à une inertie toujours dangereuse. En outre, la tête fœtale, en comprimant trop longuement les parties molles du vagin entre elles et les parties osseuses du bassin, pourra favoriser la création d'eschares et de fistules consécutives.

Mais la trop grande résistance de l'hymen peut être suivie d'autres complications, qui, si elles sont plus rares, sont aussi beaucoup plus sérieuses.

Lorsque la membrane ne cède pas sous l'effort de contractions énergiques, elle peut se détacher circulairement du reste du vagin, dans ses limites inférieures, comme s'il se faisait en ce point une véritable désinsertion. La partie fœtale propulse alors au devant d'elle le pont ainsi formé, et, suivant les cas, le fait éclater ou le déplace de bas en en haut, pour glisser au-dessous de lui.

Parfois, une partie du vagin lui-même peut être décollée comme M. Budin en a rapporté un exemple ; « chez une jeune femme primipare, où l'expulsion avait été rapide, la tête, poussée par les contractions utérines violentes, avait entraîné le vagin qui s'était détaché des autres tissus. L'ori-

fice vaginal s'étant rompu, la déchirure s'était étendue en arrière au périnée et à la cloison recto-vaginale, tandis que les parois vaginales séparées de la muqueuse vulvaire et des parties sous-jacentes formaient de chaque côté des lambeaux flottants ».

On a parlé de la possibilité de ruptures utérines consécutives à l'obstacle trop insurmontable que l'orifice vaginal aurait opposé à l'expulsion du fœtus. Nous citerons le fait, sans avoir pu en découvrir aucun exemple.

Il n'en est pas de même des ruptures centrales du périnée. Pour certains accoucheurs elles ne se produiraient même que chez les primipares et seraient le résultat de la présence d'un hymen trop résistant. Dans un cas de la Maternité de Paris, rapporté par M. Tarnier, où le fœtus avait passé à travers une déchirure centrale du périnée, l'orifice vaginal était demeuré intact. D'ailleurs Mme La Chapelle avait déjà connaissance de la chose, comme le prouve l'observation suivante.

OBSERVATION IX.

Mme La Chapelle (1).

M... âgée de 25 ans ; d'une forte constitution, d'un tempérament sanguin, bien réglée depuis l'âge de 15 ans, cinq jours chaque fois. Enceinte pour la première fois et

(1) Mme La Chapelle, *Pratique des accouchements*, tome III, 10e mémoire.

ayant joui d'une bonne santé pendant la gestation, cette femme entra à l'hospice, le 12 juin, à 5 heures du matin. Les douleurs duraient depuis quinze heures, et il y en avait cinq ou six, au rapport de la malade, que les eaux s'écoulaient.

On procède au toucher : une membrane, jouissant d'un certain degré d'extensibilité, obstruait l'entrée du vagin. On pouvait cependant distinguer à travers son épaisseur la tête de l'enfant et même l'orifice de la matrice déjà dilaté et très souple, quoiqu'encore assez épais. Cette membrane présentait au-dessus du méat une petite ouverture ; la sonde que l'on y introduit traversait obliquement l'épaisseur de la membrane et pénétrait dans le vagin. On pouvait expliquer par là la facilité de la fécondation, de l'écoulement des règles et des eaux de l'amnios.

La dilatation continua de s'opérer ; la tête franchit l'orifice et s'avança vers la vulve en distendant violemment l'hymen et le périnée; en outre, dans les efforts expulsifs, l'anus se dilatait considérablement et menaçait de donner passage à l'enfant. On se décida donc à inciser la membrane qu mettait obstacle à l'accouchement.

Pour cela, une sonde cannelée fut introduite dans l'ouverture et l'incision faite avec des ciseaux.

L'enfant sortit peu après, le périnée n'avait éprouvé aucune altération remarquable.

Le lendemain, les parties génitales ne présentaient que la tuméfaction qui suit ordinairement les premiers accouchements.

Cette femme partit furtivement le quatrième jour de sa couche.

Pronostic. — Le pronostic de l'obstacle que l'hymen peut créer à l'accouchement est des plus bénins, malgré la possibilité de ces accidents que

nous venons de signaler et qu'un traitement d'ailleurs facile doit éviter.

Traitement. — Plusieurs manœuvres ont été imaginées pour augmenter la largeur de l'orifice hyménal. On a essayé d'en refouler les bords au delà des limites de la tête ou de l'amener progressivement à dilatation complète par l'introduction d'un et de plusieurs doigts. Ces moyens restent souvent sans résultat et c'est à l'incision de la membrane que l'on doit avoir recours.

Seule, une bride transversale gène-t-elle la progression de la tête fœtale ; on l'incisera au bistouri sur une sonde cannelée introduite sous elle.

OBSERVATION X.

Budin (1).

Un de nos confrères appelé près d'une femme qui était en travail, mais chez laquelle l'expulsion n'avait pas lieu, constata que la tête de l'enfant reposait sur le plancher périnéal et était arrêtée par une membrane : c'était l'hymen demeuré intact. Il présentait deux orifices très petits, placés à une certaine distance l'un de l'autre ; une sonde cannelée fut introduite par un de ces orifices, on la fit ressortir par l'autre et on débrida largement.

L'accouchement se termina seul.

(1) Budin. *Loco citato.*

Mais si l'hymen persiste sous forme d'un diaphragme à orifice étroit, quelles incisions devra-t-on tracer ?

Il ne s'agit pas ici d'éviter un arrachement tel que celui qu'on redoute pour le périnée ; peu importe que l'hymen présente des déchirures multiples, si elles se limitent à la surface ; ce qu'il faut craindre avant tout, c'est leur extension. Or, c'est dans les cas où il a éclaté spontanément en tous sens que le périnée et la vulve ont été le plus épargnés ; dans ceux où il s'est fait brusquement une fissure unique ils ont été le plus atteints.

Aussi, ne sommes-nous pas partisan d'inciser l'hymen de haut en bas, comme on l'a recommandé, mais plutôt de faire sur tout le pourtour de son orifice des incisions multiples ; telles qu'on les pratique sur le col utérin.

L'opération est en général facile et sera faite, dans l'intervalle des contractions, soit avec un bistouri boutonné, soit de préférence avec des ciseaux coudés sur le côté et à pointe mousse.

CHAPITRE V

Des lésions de l'hymen produites par l'accouchement.

Si dans l'acte du coït, la couronne hyménale n'est jamais détruite, il n'en est pas de même lors de l'accouchement.

Le vagin antérieurement terminé par un orifice rétréci est, comme on l'a dit, un doigt de gant percé d'un trou. Si un mandrin à gros bout renflé est poussé à fond dans l'intérieur du doigt, il heurte perpendiculairement l'extrémité et la fait éclater ; si, au contraire, on introduit un crayon par l'orifice de dehors en dedans, le crayon pénètre invaginant les parois membraneuses du gant et glissant parallèlement au long d'elles. C'est une image atténuée du coït et de la parturition (1).

Baudelocque (2) avait déjà dit que « dans le « moment où la plus grande largeur de la tête « se présente à la vulve et franchit cette ouver- « ture, on remarque que les caroncules myrti- « formes disparaissent. » Le premier, M. Duncan

(1) Budin. *In « Semaine médicale »*, 7 mars, 1889.
(2) Baudelocque. *Loc. cit.*

a affirmé la nécessité de la rupture de l'hymen lors de l'accouchement.

Cette rupture est-elle inévitable ?

Depuis longtemps déjà, l'on a cité des exemples d'hymens encore complets après l'expulsion de fœtus morts et macérés ou de fœtus vivants mais nés avant terme, comme dans le cas d'une femme, dont les organes génitaux restés intacts, après un accouchement prématuré au cinquième mois de sa grossesse, se trouvent à Halle au musée de Meckel et dont l'observation court tous les ouvrages (2).

Ce n'est qu'en 1887, qu'il a été possible à M. Budin de publier la relation de l'accouchement d'une femme, arrivée près du terme de sa grossesse, et chez laquelle un fœtus de 2,450 grammes put passer, en ne produisant que deux déchirures insignifiantes de la partie inférieure de l'hymen. — De tels exemples restent rares.

C'est qu'en effet, pour se laisser traverser sans se rompre, par un fœtus à terme, il faut que l'orifice vaginal puisse atteindre une circonférence de 33 centimètres, son diamètre de 11 centimètres correspondant alors au diamètre moyen sous-occipito-frontal de la tête ; cela paraît énorme. Il nous a pourtant été donné (Observation XI) de voir l'hymen ne se rompre qu'après avoir atteint un

(1) J. M. Duncan. *Sur le mécanisme de l'accouchement.* Traduction française, 1876, p. 465.

(2) Charpentier. *Traité pratique des accouchements.* T. II. Paris 1883.

diamètre de 9 centimètres, et si l'on songe que, d'une part, il peut dans certaines conditions acquérir une excessive souplesse, que, d'autre part, la tête d'un fœtus même à terme peut être particulièrement petite, ou le chevauchement des os plus complet ; le fait de son passage à travers un hymen intact ne paraîtra plus impossible.

Quoiqu'il en soit, si l'on refoule la tête, lorsqu'après avoir triomphé de toutes les résistances, elle vient faire saillie dans le canal vulvaire, on trouve toujours la bordure hyménale éraillée, déchirée et saignante.

Ses déchirures sont diverses.

La filière pelvi-génitale conservant jusqu'à son extrémité inférieure la forme d'un canal courbe à concavité antérieure, c'est nécessairement en arrière, du côté du rectum que la tête a le plus long chemin à parcourir. C'est là que s'exerce la pression la plus considérable.

La paroi postérieure du vagin elle-même, dont la courbure est tellement prononcée, que chez les primipares, elle fait pour ainsi dire face à sa direction, constitue parfois un sérieux obstacle à la progression de la tête fœtale ; lorsque celle-ci l'a déplissée, elle rencontre alors l'hymen, en cet endroit où se trouve précisément sa plus grande étendue ; elle le refoule en avant, le distend à l'excès, et l'oblige finalement à se rompre.

C'est en effet à sa partie inférieure que siège presque toujours la déchirure.

D'après M Duncan elle se ferait invariablement ainsi, en arrière et sur la ligne médiane ; pour M. Budin, au contraire, cette déchirure ne serait pas constante et, dans un cas, un enfant de 4,720 grammes aurait passé sans lésion du côté de la commissure postérieure grâce à des déchirures latérales dont l'une s'étendait jusque sur la grande lèvre qui se trouvait divisée.

D'ailleurs, la déchirure inférieure reste rarement unique, elle s'accompagne généralement d'autres déchirures siégeant sur les côtés de l'orifice.

OBSERVATION XI

Clinique d'accouchements (année 1896, n° 401)

B... Joséphine, 18 ans, ménagère. — Primipare. — Accouchement à terme, OIGA.

L'hymen intact avant l'accouchement s'est laissé distendre jusqu'à représenter un ovale de 8 centimètres de large sur 9 centimètres de long.

Après l'accouchement, on constate trois déchirures. Deux siègent à la partie supérieure de l'hymen, placées symétriquement par rapport à la colonne antérieure du vagin. La déchirure droite est longue d'un centimètre, et profonde d'un millimètre ; celle de gauche est longue d'un centimètre et profonde de deux à trois millimètres. La troisième est située à la partie inférieure de l'hymen au-dessus de la fourchette ; elle divise l'hymen dont un lambeau retombe à gauche ; elle est profonde de deux ou trois millimètres.

Dix jours après l'accouchement, les déchirures sont cicatrisées.

Ce n'est donc pas à l'occiput, auteur habituel des déchirures du col, qu'on doit attribuer celles de l'hymen, mais plutôt à la région frontale qui, dans son mouvement de déflexion, vient rencontrer l'hymen en arrière, là où il est le plus résistant. Quant aux épaules, selon l'expression de Pajot, elles achèvent de déchirer l'étoffe à laquelle la tête a donné le premier coup de ciseaux ; l'on conçoit que la lésion sera d'autant plus profonde, que le mouvement de rotation des épaules aura mis, plus ou moins, leur plus grand diamètre en rapport avec le plus grand diamètre de l'orifice vaginal.

Le peu de fréquence des présentations autres que celles du sommet nous les a fait passer sous silence. Il est facile de concevoir que les irrégularités de surface inhérentes à chacune d'elles, exagérées encore s'il existe quelque procidence, pourront produire des déchirures particulières.

Enfin, le nombre et la profondeur des déchirures varieront aussi avec la violence de la pression exercée sur l'hymen par la contraction utérine, augmentée de l'effort volontaire de la parturiente. Surpris trop brusquement par l'attaque, l'hymen ne pourra mettre en jeu toute l'élasticité dont il dispose, il éclatera en tous sens.

Le même fait a lieu quand l'intervention de l'accoucheur est la cause de sa rupture.

OBSERVATION XII (RÉSUMÉE)

CHARPENTIER (1)

Primipare, 39 ans. Accouchement à terme.

Quatre heures après la dilatation complète du colutérin, il existe encore à la base de l'hymen un bourrelet circulaire d'une épaisseur notable.

En présence de la fatigue éprouvée par la femme, on fait une application de forceps.

Le diaphragme cède facilement sous l'introduction de la main destinée à conduire le forceps, et l'extraction d'un garçon de 3,675 grammes ne présente aucune difficulté.

Examinées immédiatement après l'accouchement, les parties présentent l'aspect suivant : Légère déchirure de la fourchette, insignifiante. Quant au bourrelet qui représente les restes du diaphragme, il a cédé dans tous les sens, et représente une sorte d'étoile circonscrivant l'orifice vulvaire et dont les rayons sont formés par une série de lambeaux ayant environ un demi-centimètre d'étendue et qui convergent vers le centre. Il y a là une série de déchirures qui sont nettement limitées à la base du bourrelet qu'elles ne dépassent pas, excepté du côté gauche, où l'une d'elles s'étend un peu sur la petite lèvre à son point de fusion avec la grande lèvre de ce côté.

Un symptôme constant accompagne la rupture de l'hymen : l'hémorrhagie.

(1) CHARPENTIER. *Loc. cit.*, p. 3.

Participant aux modifications que subissent pendant le travail toutes les parties génitales, l'orifice vaginal est, comme elles, d'une extrême vascularité, et si sa déchirure n'est pas toujours suivie d'un écoulement sanguin visible à l'extérieur, c'est qu'elle s'est faite trop en arrière pour permettre à celui-ci de venir se faire jour entre les lèvres de la vulve.

L'hymen vient de se rompre, le sang va s'écouler, mais la tête, maintenue par la contraction, tamponne les lèvres de la plaie et ne permet à l'écoulement de se faire que quand elle s'est retirée. La contraction suivante amène dès son début l'issue du sang à l'extérieur, puis pendant sa durée, la tête fœtale, faisant de nouveau tampon, survient un nouvel arrêt et l'écoulement ne recommence que quand la douleur a cessé. Le même phénomène se reproduit jusqu'à l'expulsion du fœtus. (Observation XV.)

Au moment où la rupture de l'hymen vient de se faire, la tête fœtale se montre recouverte d'une tache de sang plus ou moins large ; dans la suite il se fait un véritable suintement d'un seul ou de deux côtés, le sang venant faire issue, comme par capillarité, entre la tête et les bords de l'orifice vulvaire, pour s'écouler le long d'eux et se réunir en un mince filet au niveau de la fourchette. D'autres fois, ce filet prend lui-même naissance derrière la commissure postérieure ; l'on trouve alors une déchirure de l'hymen à sa partie infé-

rieure, tandis qu'au cas précédent elle s'était produite en avant et sur les côtés.

OBSERVATION XIII

Clinique d'accouchements. [Année 1897, nº 135.] (1).

3 avril. — Elisabeth Ch..., 18 ans, primipare, fœtus en OIDP.

Un peu avant que la tête ait franchi l'orifice vulvo-vaginal, on constate un écoulement de sang abondant, écoulement dû à la rupture de l'hymen à la partie inférieure. Expulsion d'une fille de 2,930 grammes. Délivrance spontanée.

L'hémorrhagie est arrêtée facilement.

L'hémorrhagie peut être plus abondante encore et nécessiter l'intervention de l'accoucheur. Elle peut de plus ne pas cesser avec l'expulsion du fœtus.

OBSERVATION XIV

Clinique d'accouchements [Année 1897, nº 7] (2).

Elisabeth G... 25 ans, domestique, primipare, accouche le 5 janvier.

La tête se montre à la vulve, et au moment où une contraction y engage le diamètre sous-occipito-bregma-

(1) In Weiller. Thèse de Nancy, 1897.
(2) In Weiller. *Loc. cit.*

tique, l'hymen se rompt à gauche, donnant lieu à un écoulement de sang, surtout abondant, dans l'intervalle des contractions, époque à laquelle la tête cesse de faire tampon. On comprime la déchirure jusqu'à l'apparition d'une nouvelle contraction. On attend ainsi dix minutes, après lesquelles l'expulsion se fait, suivie d'un jet de sang partant du même endroit que l'on comprime à nouveau. L'utérus est bien rétracté. La délivrance se fait spontanément un quart d'heure après l'expulsion du fœtus. On examine alors les parties lésées.

La vulve est variqueuse. Il existe une déchirure de l'hymen, à gauche, à mi-hauteur, déchirure s'étendant très peu en avant et en arrière, mais assez profonde, et donnant issue à un écoulement de sang continuel et assez abondant. A droite, il existe également une déchirure partant de l'hymen et s'étendant d'un côté sur le canal vulvaire, sur la longueur de un centimètre, et d'un autre côté en arrière, à droite de la colonne postérieure du vagin, sur une étendue de deux centimètres. Cette déchirure saigne également, mais moins abondamment que la première. On applique un fil sur la première et deux sur la seconde : l'hémorrhagie s'arrête. On enlève les fils le 14.

L'hémorrhagie, seul symptôme des déchirures de l'hymen, suffit pour en faire le diagnostic pendant l'accouchement. Reconnaissable aux caractères que nous lui avons indiqués, elle ne peut avoir d'autre origine que la lésion de l'orifice vaginale, car, à ce moment, la tête faisant tampon empêcherait de sortir tout écoulement sanguin venu de plus haut.

En elle seule aussi et en son traitement, se résumeraient le véritable pronostic fort bénin,

et le traitement rarement nécessaire, des déchirures de l'hymen, si celles-ci n'entraînaient à leur suite des conséquences plus sérieuses, auxquelles nous consacrerons le chapitre suivant.

CHAPITRE VI

De l'extension des déchirures hyménales.

On a pu déjà se rendre compte par les observations citées précédemment, que la lésion produite par la présentation fœtale sur le diaphragme hyménal ne se limite pas toujours à l'encadrement de la membrane.

Son extension aux régions adjacentes est, en effet, si fréquente, qu'il ne nous a été donné qu'une fois de ne pas la rencontrer (Observation XI), et que nous sommes tenté de considérer un tel cas comme l'exception.

Les déchirures de l'hymen se propagent : en arrière, sur la muqueuse vaginale, en avant, sur la muqueuse vulvaire le plus souvent, des deux côtés à la fois.

Si, depuis quelques années, on a pris l'habitude d'examiner chez toute accouchée la région périnéale pour s'assurer de son intégrité ou intervenir au besoin, il faut l'existence de quelque accident pour que l'on pousse plus à fond l'examen des parties génitales. Il est rare que l'on ne découvre alors quelque fissure de la muqueuse vaginale, et

dans bien des cas où ne se présente pas cette circonstance particulière, celle-ci n'en existe pas moins, mais passe inaperçue.

Rarement isolée, la solution de continuité est habituellement commune au vagin et à l'hymen, sans qu'il soit possible de reconnaître quel en a été le point de départ.

On conçoit que les parois vaginales, distendues les premières, se déchirent avant l'orifice terminal, et d'après M. Bonnaire (1), il en serait ainsi le plus souvent. Il nous semble pourtant qu'une origine hyménale expliquerait mieux la forme habituelle de la déchirure. En effet, il existe presque toujours deux fissures, l'une à droite, l'autre à gauche de la colonne postérieure du vagin, ces fissures se rejoignent à sa partie inférieure, et de leur point de rencontre en part une troisième qui s'étend à l'hymen, à la fosse naviculaire, à la fourchette, prenant ainsi avec les deux premières la forme d'un Y. Il nous paraît naturel d'admettre que partie de la membrane hyménale, cette dernière fissure s'est étendue en arrière au vagin où la colonne postérieure plus résistante l'aurait forcée à se diviser, tandis qu'elle est unique en avant du côté de la vulve où les tissus sont plus friables.

Propagées en avant, les déchirures de l'hymen peuvent intéresser la muqueuse vulvaire dans toute sa hauteur. Elles sont ainsi :

(1) Bonnaire. *Du périnée obstetrical.* Aaris 1891, p. 41.

Inférieures, latérales, supérieures.

La déchirure de l'orifice vaginal siégeant elle-même le plus souvent à sa partie inférieure, c'est en bas sur la fosse naviculaire que son extension se fait surtout. Limitée à celle-ci, elle passe souvent inaperçue mais plus étendue, elle fissure la fourchette vulvaire, amorçant ainsi la rupture du périnée.

La déchirure de l'hymen est, en effet, la cause la plus habituelle de cette rupture, et ainsi s'explique sa grande fréquence chez les primipares. Nous pourrions en citer de nombreux exemples, nous avons choisi le suivant, dans lequel le fait nous a paru plus évident.

OBSERVATION XV (Personnelle).

Clinique d'accouchements (Année 1897 : 355).

Eugénie C... 21 ans, domestique.

Entre à la Maternité de Nancy, le 13 septembre, à 3 heures de l'après-midi.

La tête est engagée en OIGA. — Battements sur la ligne médiane. — Dilatation complète. — Membranes très bas, descendent jusqu'à la vulve. — On les rompt.

3 h. 15. — La femme commence à pousser.

3 h. 40. — La tête paraît à la vulve.

4 h. — La tête disparaît encore dans l'intervalle des contractions.

4 h. 05. — Le périnée reste distendu.

A la contraction suivante : écoulement sanguin qui débute avec le mouvement de propulsion de la tête et cesse avant que celui-ci soit à son maximum.

Pendant le temps où la tête entr'ouvre l'orifice vulvaire, on aperçoit au-dessus de la fourchette un repli membraneux, de forme semi-lunaire, se prolongeant d'environ 3 centimètres de chaque coté de la ligne médiane. Ce repli, qui n'est autre que l'hymen, présente une légère éraillure à son centre.

Les contractions deviennent plus rares, mais sont aussi énergiques et s'accompagnent des mêmes phénomènes. L'éraillure médiane de l'orifice vaginal s'est un peu agrandie.

4 h. 15. — Expulsion d'une fille de 2,780 gr.

Une déchirure du périnée sur la ligne médiane et n'intéressant que les couches superficielles, traverse la fosse naviculaire et remonte jusqu'à l'hymen où elle se continue avec la fissure primitive.

La délivrance se fait quarante minutes après. On suture la plaie périnéale.

Suites de couches normales. On enlève le fil le 7e jour. Les déchirures sont cicatrisées.

23 septembre. — La malade sort.

Il est un autre fait dont rend compte aussi l'origine hyménale de ces ruptures : l'insuffisance de l'épisiotomie telle qu'on la pratiquait autrefois. Malgré les incisions multiples, que l'on faisait latérales, la déchirure du périnée se produisait quelquefois et l'on comprend aisément qu'il en soit ainsi. Les incisions latérales ne peuvent empêcher la déchirur de l'orifice vaginal qui s'est déjà faite sur la ligne médiane de s'étendre en

avant sur la muqueuse vulvaire et la fourchette ; et ainsi s'explique l'avantage qu'a sur ces incisions celle conduite, comme l'indique M. Tarnier, dans le sens où se fera la déchirure amorcée par l'hymen, si elle est inévitable.

Si la solution de continuité se dirige directement de côté, elle atteint les petites lèvres. Suivant sa longueur, tantôt elle les tranche totalement en travers, tantôt les divise partiellement sans atteindre leur bord libre. Elle peut aussi, en s'étendant longitudinalement, détacher les petites lèvres de leur continuité avec le reste des parois vulvaires, auquel cas on les voit pendre flottantes, au-devant de la vulve.

Dirigée vers la partie supérieure de la vulve, la solution de continuité, partie de l'hymen, atteint les régions vestibulaire et clitoridienne.

Elle prend alors un caractère tout particulier par l'hémorrhagie qui l'accompagne. — Cette hémorrhagie, parfois déjà abondante quand la déchirure siège à la partie inférieure de la vulve, augmente toujours d'intensité en s'avançant vers ses parties supérieures, pour atteindre son maximum au niveau de la région vestibulo-clitoridienne. Elle nécessite alors l'intervention de l'accoucheur.

OBSERVATION XVI

Clinique d'accouchements (année 1897, n° 26)

Marie Fo..., 21 ans, primipare, de bonne constitution, accouche en ville d'un garçon. Elle entre à la clinique d'accouchements parce qu'elle perd du sang.

On palpe l'utérus qui présente sa dureté normale. On procède alors à l'examen du canal vulvo-vaginal et on constate un écoulement veineux abondant, venant d'une déchirure peu profonde, qui paraît n'intéresser que la muqueuse ; cette déchirure verticale (la femme étant couchée), part de l'hymen, passe à gauche de l'orifice uréthral et remonte jusque sous le clitoris. Le point qui saigne le plus abondamment se trouve être la partie supérieure de la déchirure. On met deux fils : l'hémostase se produit.

Suites de couches heureuses. Le 25, on enlève les fils.

OBSERVATION XVII

Clinique d'accouchements (année 1896, n° 436)

Louise Co..., 22 ans, domestique. — Primipare. Entre, le 9 décembre, à la Maternité et accouche le 11. Aussitôt après le dégagement de la tête, on constate qu'une quantité de sang assez abondante s'écoule sur le cou de l'enfant.

(1) In Weiller. *Loc. cit.*

On achève rapidement le dégagement du fœtus et on aperçoit la source de l'hémorrhagie, que l'on comprime. La délivrance se fait et l'on examine le canal génital.

Il existe une première déchirure partant de l'hymen à gauche et s'élevant jusqu'au clitoris. Une seconde déchirure dont la partie inférieure se confond avec la partie inférieure de la première, s'étend obliquement, à droite, jusqu'à la hauteur du clitoris. Ces deux déchirures interceptent entre elles un lambeau de muqueuse, dont la base répond à peu près au clitoris. A la face interne de la petite lèvre droite, existe une incisure allongée (3 centimètres environ) qui, elle aussi, n'intéresse que la muqueuse. C'est la première de ces déchirures qui saigne le plus abondamment. On suture et l'hémorrhagie s'arrête.

Obligé de nous restreindre, nous ne pouvons insister sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de toutes ces déchirures.

Le diagnostic en est facile. La femme sera examinée sur le dos ; le speculum pourra être utilisé. On reconnaîtra ainsi les déchirures de l'hymen, du vagin, de la vulve et du périnée, et en même temps l'origine de l'hémorrhagie qui les accompagne.

Le pronostic immédiat variera avec l'intensité de l'hémorrhagie ; le pronostic consécutif avec l'étendue des lésions vaginales, vulvaires et périnéales.

Enfin, le traitement sera celui de ces lésions et de cette hémorrhagie. Le périnée sera immédiatement restauré. — Quant à la suture des muqueuses, outre qu'elle aura l'avantage d'assurer

une hémostase rapide, elle fermera la porte d'entrée ouverte par la déchirure à l'infection, et aidée par une antisepsie rigoureuse, elle en sera le véritable traitement prophylactique.

Il est encore un autre point de la question sur lequel nous attirerons l'attention.

« Si une déchirure de l'hymen est inévitable, tout traitement pour l'empêcher de se produire ne saurait être d'aucune utilité. Mais toutes les déchirures de l'orifice vaginal ne sont pas inévitables, et celle même qui l'est doit être traitée dans le but d'empêcher qu'elle ne s'étende au-delà des limites inévitables.

Deux éléments importants, comme causes de déchirures, sont susceptibles d'être modifiés par le praticien dans un but thérapeutique, ce sont le temps et la direction. L'accoucheur peut empêcher l'expulsion précipitée du fœtus et les dangers qui en sont la conséquence. Il peut, en soutenant le périnée, modifier la direction de sa descente et résister à toute pression excessive en arrière et en bas, pression excessive qui est due au mouvement curviligne décrit par le fœtus (1).

C'est cela qui se fait habituellement, et l'on sait combien en sont quand même fréquentes les déchirures périnéales. Nous nous demandons si l'on ne peut faire mieux.

(1) Duncan. *Sur le mécanisme de l'accouchement.* Traduction française, 1876, p. 479.

Des observations que nous avons trouvées relatées par les auteurs et de celles que nous avons faites, nous croyons pouvoir conclure que, plus les déchirures de l'hymen sont nombreuses, plus aussi elles restent limitées à sa propre surface. Que la déchirure soit unique et postérieure, il est rare qu'elle ne s'étende au périnée (1); qu'elle s'accompagne d'une ou deux autres déchirures latérales, et l'une d'elles, au moins, atteindra la vulve ou le vagin (2); si, au contraire, l'hymen éclate en tous sens, ses fissures ne se propagent pas et les régions adjacentes sont épargnées (3).

Ne peut-on volontairement imiter la nature?

Il nous semble que des incisions peu profondes, mais nombreuses et faites sur tout le pourtour de l'orifice vaginal, éviteraient des lésions plus étendues. Si les incisions pratiquées sur le col utérin ou au niveau du périnée ne sont pas exemptes de danger, il n'en est pas de même ici; et, si cette pratique ne doit être employée dans tous les cas, au moins pourrait-elle l'être dans ceux où l'état des tissus permet de prévoir la production de déchirures vulvaires ou périnéales, inévitables.

(1) Observation XV.
(2) Observation XII.
(3) Observation XIV.

CHAPITRE VII

De l'hymen, après l'accouchement.

Après l'accouchement, les déchirures se cicatrisent, l'orifice vaginal change d'aspect ; lorsqu'on écarte les petites lèvres, on voit la vulve se continuer à plein canal avec le vagin, et son pourtour coupé çà et là par les débris de l'hymen. Pour M. Budin (1), quatre causes concourent à donner à l'orifice vaginal son nouvel aspect :

1° Le tiraillement et le déplissement des bords de l'orifice.

2° Leur destruction par gangrène en certains points.

3° La rétraction des lambeaux, qui, en s'écartant, laissent entre eux un intervalle plus ou moins considérable.

4° Et enfin, les décollements circulaires, lesquels, ou bien donnent naissance à des sortes de polypes pédiculés qui flottent à l'entrée du vagin, ou bien même peuvent produire de véritables ponts.

Les auteurs déjà anciens s'étaient rendu compte des modifications que subissent les lambeaux de l'hymen pendant l'accouchement.

(1) *Obstétrique et gynécologie.* Paris, 1886, p. 282 et suivantes.

Mauriceau (1) disait que « leur première figure « s'aplatit et s'efface presque tout à fait en les « femmes qui ont eu des enfants, à cause de la « grande distension que les parties reçoivent en « l'accouchement », et Baudelocque (2) avait remarqué « que les caroncules myrtiformes sont plus apparentes chez les nouvelles mariées que chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants ».

Ces caroncules myrtiformes sont en nombre variable avec celui des lambeaux de l'hymen avant l'accouchement, et leur situation conserve un certain rapport avec eux. Le plus souvent il en existe quatre ou cinq, médianes, postérieure et antérieure, et latérales.

Elles sont plus saillantes que ne l'étaient les lambeaux de l'hymen et revêtent mieux qu'eux la forme de végétations, de tubercules, de crêtes de coq, de languettes ou d'excroissements polypiformes.

Leur existence n'acquiert une réelle importance qu'en médecine légale au point de vue du diagnostic rétrospectif d'accouchement antérieur.

M. Budin cite deux cas où leur présence lui a permis de diagnostiquer une multiparité niée et nous-même avons été témoin d'un troisième, dans lequel M. le Professeur Schuhl a pu se persuader du même fait et faire avouer la malade.

(1) Mauriceau. *Loc. cit.*, p. 31.
(2) Baudelocque. *Traité de l'art des accouchements.*

Nous avons vu combien la persistance de l'hymen, après l'accouchement, doit être rare ; il arrive pourtant parfois que les rapports sexuels, faciles avant un premier accouchement, deviennent plus difficiles à sa suite et qu'un diaphragme hyménal subsiste encore.

On a expliqué les faits de deux façons :

Ou bien, une partie de l'extrémité antérieure du vagin s'étant décollée circulairement et les tissus se rétractant ont dû former une bride partageant en deux parties l'orifice vaginal ;

Ou bien, l'hymen, étant resté intact, aurait, sous l'influence de la distension violente, été le siège d'un travail d'inflammation interstitielle, provoquant une rétraction de son tissu devenu plus dense, en quelque sorte fibreux.

A la première, se rapporterait un cas dans lequel les rapports faciles avant un accouchement à six mois et demi devinrent impossibles jusqu'à la section d'une bride qui forma deux tubercules latéraux.

A la seconde, se rattacherait l'observation qui fut l'objet de la thèse du Docteur Roux (1), et dans laquelle exista chez une secondipare un diaphragme hyménal qu'on dut inciser et dont on n'avait pas soupçonné l'existence lors d'un premier accouchement.

(1) *Persistance de l'hymen après l'accouchement.* Thèse de Paris, 1888.

CHAPITRE VIII

Conclusions

1° L'hymen doit être considéré comme la terminaison du vagin dans le canal vulvaire.

2° Que l'hymen ait été déchiré, ou qu'il soit resté intact à la suite des rapprochements sexuels, il n'est jamais détruit et persiste à l'état d'un cercle irrégulier, mais continu.

3° En général, l'hymen ne constitue aucun obstacle à la sortie du fœtus hors des voies génitales de la mère et sa présence n'y apporte qu'un retard insignifiant.

4° Il est des cas exceptionnels où sa trop grande résistance devient une véritable cause de dystocie que supprimera une facile intervention de l'accoucheur.

5° On ne peut citer aucun exemple du passage d'un enfant à terme ayant laissé l'hymen intact. Ses déchirures sont variables dans leur nombre et dans leur situation.

6° Les déchirures de l'hymen restent rarement limitées à la membrane elle-même ; elles sont la cause, de beaucoup la plus fréquente des déchi-

rures vaginales, vulvaires et périnéales. Il est peut-être possible d'éviter l'extension de ces déchirures aux régions adjacentes.

7° Après l'accouchement, le cercle hyménal est représenté par les caroncules myrtiformes, résultat de la cicatrisation et de la gangrène de ses lambeaux.

Exceptionnellement, l'hymen peut encore constituer un obstacle au coït ou à un accouchement postérieur.

Vu :
Nancy, le 25 novembre 1897.
Le Président de la thèse,
HERRGOTT.

Vu
et permis d'imprimer :
Nancy, le 25 novembre 1897.
Le Recteur,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Baudelocque. — *Traité de l'art des accouchements.*

Bonnaire. — *Du périnée obstétrical*, 1891.

Brouardel. — *Archives de gynécologie*, juillet 1883. — *Gazette des Hôpitaux*, 1887, p. 880.

Budin. — *Obstétrique et gynécologie*, Paris 1886. — *Semaine médicale*, 9 mars 1887.

Budin et Rilemont. — *Archives de tocologie*, 1879.

Buffon. — *Histoire générale et particulière*, t. II, p. 492.

Cazeau. — *Traité d'accouchements.*

Charpentier. — *Traité pratique des accouchements.* — *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, 1886.

Demange. — *Revue Médicale de l'Est*, Nancy 1888, p. 257.

Devergie. — *Médecine légale.*

Duncan (J.-M). — *Sur le mécanisme de l'accouchement.* (Traduction française). Paris 1876.

Fabre. — *Gazette Médicale de Paris*, 1881, p. 640.

Garimond. — *Gazette des Hôpitaux*, 1874, p. 997. — *Montpellier Médical*, 1874.

Hergott (A.). — *Annales de gynécologie* (année 1877), p. 442.

Issaurat. — *Le sinus uro-génital*, Thèse de Paris. 1884.

JOULIN. — *Traité des accouchements*, 1868.

LA CHAPELLE (Mme). — *Pratique des accouchements.*

LE BOURSIER DU COUDRAY (Mme). — *Abrégé de l'art des accouchements*, Paris 1759.

LEDRU. — *De la membrane appelée hymen.* Thèse de Paris, 1855.

LEVRET. — *L'art des accouchements*, 1766.

MAURICEAU. — *Traité des maladies des femmes grosses*, etc., tome I.

— *Observations sur la grossesse*, tome II.

NAEGELÉ. — *Traité d'accouchements*, 1869.

NICOLAS. — *Cours d'anatomie descriptive*, Nancy, 1894.

ORFILA. — *Médecine légale.*

PÉNARD. — *Guide pratique de l'accoucheur et de la sage-femme*, 1865.

POZZI. — *Annales de gynécologie*, Avril 1884.

RIBEMONT-DESSAIGNE. — *Traité d'accouchements.*

RICHET. — *Traité d'anatomie.*

ROUX. — *Persistance de l'hymen après l'accouchement*, Thèse de Paris, 1896.

ROZE. — *De l'hymen.* Thèse de Strasbourg, 1865.

SCHRŒDER. — *Schwangerscheft, Geburt und Wochenbett.*

TARDIEU. — *Attentat aux mœurs*, 1873.

TERNIER ET CHAUTREUIL. — *Traité d'accouchements.*

TESTUT. — *Traité d'anatomie humaine.*

The Lancet, 1895, page 787.

VARNIER. — *Du détroit inférieur musculaire du bassin obstétrical.* Thèse de Paris, 1888.

WEILLER. — *Des hémorrhagies de la délivrance dues à des plaies du canal génital.* Thèse de Nancy, 1897,

ZINNSTAG. *Centralblatt. f. gynœkologie*, 1888.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
Introduction	1
Chapitre I. — De l'hymen	5
Chapitre II. — De l'hymen dans ses rapports avec la fécondation	13
Chapitre III. — Du rôle de l'hymen dans l'accouchement	21
Chapitre IV. — De l'hymen, cause de dystocie	33
Chapitre V. — Des lésions de l'hymen produites par l'accouchement	47
Chapitre VI. — De l'extension des déchirures hyménales	57
Chapitre VII. — De l'hymen, après l'accouchement	67
Chapitre VIII. - Conclusions	71
Index bibliographique	73